

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA VALEUR DU
CLOISONNEMENT VAGINAL

(PROCÉDÉ DE LE FORT)

Dans le traitement des Prolapsus génitaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907.

PAR

Jean-Gabriel-Henri-Alexis DUGOUA

Né à Barsac (Gironde), le 24 mai 1881

Ancien externe des hôpitaux

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANELONGUE, professeur...	{	Président
		POUSSON, professeur-adjoint		Juges.
		CHAVANNAZ, agrégé.....		
		BEGOUIN, agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA VALEUR DU

CLOISONNEMENT VAGINAL

(PROCÉDÉ DE LE FORT)

Dans le traitement des Prolapsus génitaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

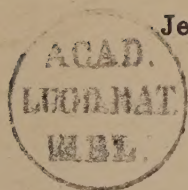
Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907.

PAR

Jean-Gabriel-Henri-Alexis DUGOUA

Né à Barsac (Gironde), le 24 mai 1881

Ancien externe des hôpitaux



Examineurs de la Thèse

{	MM. LANELONGUE, professeur...	Président
	POUSSON, professeur-adjoint	Juges.
	CHAVANNAZ, agrégé.....	
	BEGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... MASSE.....		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne.....	PICOT. PITRES. DEMONS. LANELONGUE. VERGELY (en congé). MONGOUR (chargé). ARNOZAN. VILLAR. LEFOUR. COYNE. N...	Chimie.....	BLAREZ.
Clinique externe.....		Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....		Pharmacie.....	DUPOUY.
Thérapeutique.....		Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine opératoire.....		Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique d'accouchements.....		Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL.
Anatomie pathologique.....		Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie.	DENUCE.
Anatomie.....		Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Hygiène.....	LAJET.	Physique pharmaceuti- que.....	SIGALAS.
Médecine légale.....	LANDE.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES.	MM. VERGER. ABADIE.
-------------------------------------	------------------------

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... {	MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT.	Accouchements.... {	MM. FIEUX. ANDÉRODIAS
-------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES. CAVALIÉ.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
		Histoire naturelle....	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dedie ce modeste travail, bien faible témoignage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaissance, car ils n'ont pas craint de mettre toute une vie de pénible et dur labeur manuel au service de la culture intellectuelle de leur enfant ; ils m'ont donné plus que la vie m'ayant donné l'éducation.

AUX FAMILLES

GEORGES, THÉOPHILE CHARRIAUT ET HENRI AIMEL

Heureux de leur dire que je n'oublierai jamais l'intérêt qu'ils m'ont témoigné en des circonstances douloureuses.

A MES EXCELLENTS AMIS

JEAN FERRON ET VICTOR LACOSTE

C'est pour moi un devoir bien doux de vous remercier du fond du cœur de votre bonne amitié, dont vous m'avez donné des preuves récentes : je ne vous oublierai pas.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

OFFICIER D'ACADÉMIE

Mon cher Maître,

Après avoir eu l'occasion de me rendre un service qu'il me sera impossible d'oublier, vous avez voulu, en me donnant le sujet de ma thèse inaugurale, que j'ajoute encore à la profonde reconnaissance que je vous dois; vous me témoignez enfin un intérêt particulier dont je me sens peu digne; je crains bien qu'il ne soit au-dessus de mes forces de vous prouver suffisamment ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. VENOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MONGOUR

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Depuis que j'ai le bonheur de vous
connaître, vous m'avez témoigné une
sympathie qu'il me sera difficile d'ou-
blier,

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUBOURG

CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX

Témoignage de reconnaissance pour
l'intérêt qu'il n'a cessé de porter à son
ancien élève.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, que nous ont facilitées des maîtres dont nous garderons toujours un respectueux souvenir, autant parce qu'ils se sont constamment efforcés de nous rendre l'étude des maladies attrayante, que parce qu'ils nous ont toujours accueilli avec sympathie dans leur service, nous avons entrepris, comme thèse inaugurale, l'étude d'une question aujourd'hui abandonnée par l'immense majorité des chirurgiens et que n'avaient pas acceptée des hommes d'une compétence indiscutable qui ont nom : Desprès, Verneuil, Tillaux, Lucas-Championnière.

Il semble que le cloisonnement du vagin, préconisé par le professeur Léon Le Fort, modifié par d'autres chirurgiens, soit condamné sans ressort et nous paraissions bien prétentieux de vouloir essayer de faire revivre le vieux procédé imaginé par le chirurgien de Beaujon. Néanmoins, nous essayerons (oh ! combien timidement) de discuter un peu cette opération, de voir quels sont les inconvénients du cloisonnement du vagin, et si, dans quelques cas particuliers, cette méthode ne pourrait pas s'appliquer seule, ou avec une opération complémentaire, telle que la colpoperinéorrhaphie, au traitement des prolapsus génitaux chez les femmes âgées, et plus particulièrement après la ménopause.

Nous nous rendons compte des imperfections de notre travail. Mais, à défaut d'autres qualités, peut-être voudra-t-on admettre qu'il a été écrit avec sincérité et avec une foi absolue dans les idées que nous avons émises.

Avant d'entreprendre cette œuvre que nous craignons ce-

pendant au-dessus de nos forces, et au moment où nous allons entrer dans une carrière qui fut l'aspiration de nos jeunes années nous ne saurions manquer au devoir et faillir à nos obligations. Notre reconnaissance s'en va toute vers ceux qui ont guidé nos premiers pas d'étudiant, vers ceux qui nous ont fait médecin. C'est à eux que nous sommes redevable du peu que nous savons, c'est à eux que nous devons rapporter ce qu'il peut y avoir de bon en nous.

Nous avons commencé nos études dans le service de M. le professeur Arnozan, nous sommes heureux de rappeler en cette occasion, avec quelle sollicitude, il s'est occupé de nous. Accueilli par M. le professeur Dubourg, chez qui nous devions revenir ensuite comme externe, nous avons pu apprécier le talent opératoire de cet excellent chirurgien. Nous ne pouvons passer sous silence notre stage d'externe chez un maître que la mort a prématurément enlevé à l'affection unanime de ses élèves: le professeur Piéchaud. Déjà atteint, alors que nous étions dans son service, par la maladie qui devait l'emporter, il ne manquait pas de venir tous les matins nous apprendre, avec l'art si ardu de la chirurgie infantile, à aimer ces pauvres petits malades et à les soigner avec ce tact et cette douceur que nous admirions tous chez lui. Nous lui adressons un souvenir ému. Ensuite les services de clinique nous ont été ouverts: nous avons été reçu d'abord chez M. le professeur Lanelongue, qui a essayé de nous apprendre la clinique chirurgicale en même temps que la science opératoire. Enfin, notre dernière année s'est écoulée, un peu trop vite à notre gré, dans le service de M. le professeur Picot où nous avons fait de bonne médecine avec l'aide de la science et de la grande expérience du maître.

Pendant le cours de nos études, nous avons également contracté une dette de reconnaissance envers M. le Professeur Villar et MM. les Professeurs agrégés Mongour, Vénot, Bégonin et Cabannes. Nous ne saurions les oublier. Monsieur le professeur agrégé Chavannaz a bien voulu nous indiquer

le sujet de notre thèse et nous aider de ses précieux conseils, M. le professeur Lanelongue nous fait le grand honneur d'en accepter la présidence; qu'ils soient assurés de notre profonde gratitude.

Pour terminer, nous remercions collectivement tous nos maîtres du fond du cœur, et nous nous efforcerons toujours dans notre pratique médicale de nous montrer digne d'eux et de leur enseignement.

INTRODUCTION

S'il est en pathologie chirurgicale une affection pour laquelle de nombreuses opérations aient été préconisées, c'est bien le prolapsus des organes génitaux de la femme. Mais cette diversité d'interventions s'explique en partie par la multiplicité des cas en face desquels se trouve le chirurgien : prolapsus utérin, simple ou compliqué de cystocèle et rectocèle. Il n'en reste pas moins vrai que le nombre de ces interventions est une preuve de leur inefficacité... relative, et, qu'en l'état actuel de la chirurgie, il n'est pas une opération contre le prolapsus génital qui puisse satisfaire pleinement tous les opérateurs. D'ailleurs, le professeur Tillaux ne disait-il pas, en février 1877, dans une séance de la Société de Chirurgie de Paris, que, dans le prolapsus, toute opération échouait au point de vue durée.

Après avoir dit quelques mots, et cela rapidement, du mécanisme des prolapsus, et des moyens employés pour y remédier, nous ferons dans un second chapitre une étude du procédé de Le Fort et des modifications que quelques chirurgiens y ont apportées. Nous étudierons ensuite sa valeur, ses inconvénients, ses indications : enfin, quelques observations viendront à l'appui des idées que nous émettons.

CHAPITRE I

Sous l'influence de causes diverses: insuffisance et relâchement des tissus qui soutiennent l'utérus en bas, qui le maintiennent en haut, laxité ou lésion du plancher périnéal, soit par atonie musculaire (releveur de l'anus en particulier), soit par déchirure au moment de l'accouchement, et à l'aide de causes adjuvantes, telles que le séjour insuffisant au lit des parturientes, l'utérus tend à se prolaber et, forçant la vulve à faire issue au dehors pour venir pendre entre les cuisses de la malade, occasionnant ainsi une gêne considérable et une série d'accidents: inflammation, étranglement, qui amènent la femme à consulter un chirurgien qui tentera de remédier à cette véritable infirmité. Et pour peu que la muqueuse vaginale antérieure, ce qui est le cas le plus fréquent, et la postérieure, ce qui n'est pas rare, se déplisse et suive ou précède l'utérus dans sa chute, nous aurons affaire à un prolapsus complet avec cystocèle et rectocèle.

Ce rapide aperçu nous permet déjà de nous rendre compte de la possibilité de prolapsus utérin simple, prolapsus avec cystocèle, ou prolapsus complet, avec chute des parois vésico- et recto-vaginales. A son tour l'utérus peut être sain ou malade, sain, il peut avoir son volume normal ou être atrophié; malade, il peut être envahi par des tumeurs: cancer, fibrome; ou infecté: métrite. Dans ce dernier cas, il est hypertrophié

et son augmentation de poids vient encore ajouter aux causes prédisposantes du prolapsus. Nous comprenons déjà que tous ces cas particuliers aient des indications opératoires spéciales. Nous nous empresserons d'ajouter que chez la femme âgée, celle dont la vie génitale est terminée, le prolapsus est le plus souvent complet et l'utérus fréquemment sain, dans la plupart des cas atrophié. Ce sont surtout ces cas, que nous aurons en vue quand nous parlerons de la valeur et des indications du cloisonnement du vagin.

Depuis déjà fort longtemps, la perspicacité des chirurgiens s'est donnée libre jeu et nombreuses sont les méthodes essayées et préconisées pour la guérison de ces prolapsus. Deux séries d'opérations ont été imaginées: les unes portant sur l'utérus, les autres sur le vagin.

Du côté de l'utérus, on a d'abord fait l'amputation sus et sous-vaginale du col; excellente opération dans les cas d'allongement hypertrophique, elle est incapable à elle seule de guérir un prolapsus.

L'hystérectomie qui a eu au début ses partisans a été ensuite vivement attaquée et condamnée par Richelot, Lucas-Championnière, Reclus, Routier, Le Dentu, Bouilly, Pozzi, et beaucoup d'autres chirurgiens. Intervention nécessaire lorsque l'utérus est envahi par une tumeur, elle a, dans les cas de prolapsus, l'inconvénient d'être grave, d'exposer quelquefois à de sérieuses hémorrhagies. Raühürt, dans sa statistique, accuse 10 pour cent de mortalité, chiffre énorme pour une telle affection et qui s'explique par les difficultés spéciales de l'hystérectomie pour prolapsus total: on est, en effet, tout particulièrement exposé à blesser la vessie. En outre, cette opération s'adresse à des femmes qui sont dans les meilleures conditions pour avoir des lésions rénales car le prolapsus utérin s'accompagne souvent de distension de la vessie. Enfin, elle ne peut rien, seule, contre la cystocèle et la rectocèle.

L'hystéropexie a aussi ses défenseurs; mais on connaît bon nombre de cas où son exécution a été suivie de récurrence.

rapide. Bouilly n'en est pas partisan: « En principe, dit-il, je rejette absolument dans le traitement des prolapsus génitaux, soit l'hystérectomie, soit l'hystéropexie; ces opérations ne pourront s'adresser qu'à des cas tout à fait exceptionnels et pareille intervention semble tout à fait hors de proportion avec des lésions que peuvent aisément réparer de simples opérations autoplastiques. »

Le raccourcissement des ligaments ronds est susceptible des mêmes reproches et a plutôt ses indications dans les déplacements en arrière de l'utérus, rétroversions en particulier.

Toutes ces interventions sur l'utérus sont sans effet aucun contre la cystocèle et la rectocèle, et lorsque, la main forcée par les circonstances, les chirurgiens ont recours à l'une de ces méthodes, ils terminent toujours leur opération, par une réfection du soutènement vagino-périnéal.

Du côté du vagin, nombreux sont également les procédés employés.

On a d'abord essayé la destruction par des caustiques, par l'étranglement ou au bistouri, d'une partie de la paroi vaginale ou de la circonférence vulvaire, amenant ainsi un rétrécissement du vagin par cicatrisation de la plaie: telle est l'origine de la colporrhaphie, aux sutures près. Ces méthodes furent imaginées par R. Gérardin, Laugier, Bellini, Desgranges, Marshall-Hall.

Puis, poursuivant les mêmes indications, mais par de meilleurs moyens, on imagina d'autres méthodes.

Jobert de Lamballe forma un pli permanent par avivement de deux lambeaux de la face antérieure du vagin et suture consécutive.

Sims fit sur la paroi vaginale antérieure un avivement en forme de V à pointe près du méat. Panas, à la Société de chirurgie de Paris, le 10 mars 1875, cite le cas d'une malade opérée par ce procédé et dont la guérison s'est maintenue pendant cinq ans; par contre M. le professeur Lanelongue, de Bordeaux a vu une récurrence six mois après chez une de ses opérées par la méthode de Sims.

Fricke de Hambourg et Baker-Brown font partir leur avis, le premier sur la circonférence vulvaire, le second sur la face interne des grandes lèvres, sur la fourchette et les parties voisines du périnée.

Küchler et Anger apportent quelques modifications aux procédés précédents et ce dernier constate une guérison dix-huit mois après l'intervention.

Simon de Heidelberg enlève sur la paroi vaginale postérieure un large triangle dont la base répond à la fourchette et suture les lèvres de la plaie portant sur le vagin, la vulve et le périnée.

Puis sont venues la colporrhaphie antérieure et postérieure la périnéorrhaphie et la colpopérinéorrhaphie.

Toutes ces méthodes sont insuffisantes, employées séparément, au moins dans l'immense majorité des cas, mais leur combinaison a pu amener, c'est indiscutable des guérisons définitives.

CHAPITRE II

Cloisonnement du vagin. — Procédé de Le Fort. — Ses modifications.

C'est en comparant le prolapsus utérin et génital, à une hernie et en voulant faire pour l'hystéroptose, ce que l'on fait pour la cure radicale de la hernie, que l'on songea à diminuer, à rétrécir le calibre du vagin, et en décembre 1876, le professeur Le Fort, chirurgien de Beaujon, eut l'idée de pratiquer un cloisonnement du vagin par suture de la paroi antérieure à la paroi postérieure qu'il avait avivées au préalable. Il pensa ainsi, en même temps qu'il donnait à l'utérus un point d'appui, retenir la muqueuse vaginale prolabée; donc, un premier point, il retenait les parois vaginales tout en diminuant le diamètre du canal herniaire. Il s'agissait d'une femme de 48 ans, blanchisseuse, entrée dans son service pour un prolapsus utérin remontant à six mois environ, et s'accompagnant de cystocèle.

Peu satisfait des méthodes employées jusqu'alors, pour des raisons qu'il indique, Le Fort se servit du procédé suivant, qu'il décrit dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, le 14 février 1877.

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de six centimètres environ de lon-

gueur, sur deux centimètres de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans la partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur le bord transversal trois points de suture; puis, de proche en proche et réduisant à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésicovaginale à la plaie faite à la paroi vagino-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète, et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète.

On comprend toutefois, que dans ce procédé, comme dans celui de Sims et de Panas, les fils d'argent ayant servi à la suture, sont difficilement accessibles, lorsque, après quelques jours, la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse. »

La guérison nous dit Le Fort, se fit normalement, sans élévation de température; le résultat fut complet et l'utérus parfaitement maintenu; dans les efforts de toux, il n'y avait même pas de refoulement appréciable à la vulve. Le 24 janvier 1877, il fit en raison de la laxité et de la largeur anormale de la fourchette, une opération complémentaire: avivement de cette fourchette et des parties avoisinantes, comme dans le procédé de Baker-Brown et suture à deux étages. Cette seconde opération n'avait pour le chirurgien qu'une importance secondaire dans le traitement du prolapsus lui-même.

Cette communication fut accueillie assez froidement et dans la discussion, à cette même séance, on adressa à l'auteur une série de reproches dont quelques-uns nous paraissent justifiés.

Malgré l'accueil peu enthousiaste qui fut fait à cette idée nouvelle, certains chirurgiens voulurent essayer ce procédé

en modifiant quelques points de technique qui laissaient à désirer.

Tout d'abord Faucon, de Lille, posa des indications précises et fit entrer en ligne de compte l'état de l'utérus lui-même. Pour cet auteur, il faut considérer trois types de prolapsus utérin: le prolapsus simple, sans augmentation de volume de l'utérus, justiciable du cloisonnement immédiat, les cas de prolapsus compliqués d'augmentation passagère du volume utérin, dans lesquels il faut amener la disparition des phénomènes congestifs avant de cloisonner le vagin; enfin, ceux compliqués d'hypertrophie chronique de l'utérus, dans lesquels il est bon de diminuer le poids de cet organe par une amputation du col au thermo-cautère.

Eustache, de Lille également, ayant eu à réopérer une malade, à laquelle son collègue Faucon, avait fait un cloisonnement, suivi de récurrence du prolapsus (voir l'observation II), puis, ayant eu, à son tour, une nouvelle récurrence par le procédé primitif, songea aussitôt à le modifier et fut heureux dans ses idées. Il apporta, d'abord, un changement à la surface d'avivement. Tandis que Le Fort avait donné comme largeur de l'avivement deux centimètres, Eustache porta cette largeur à quatre centimètres, formant ainsi une surface cruentée rectangulaire et même presque carrée. Cette augmentation de la largeur avait comme inconvénient de faire durer l'opération un peu plus longtemps, ce qui n'a que peu d'importance et surtout d'exposer un peu plus, soit à une hémorrhagie en nappe, soit à l'ouverture d'artérioles latéralement, en se rapprochant des bulbes du vagin. Mais ces inconvénients étaient largement compensés par les avantages qu'on était en droit d'attendre de cette intervention; les surfaces adossées étaient plus étendues, les parties embrassées par les fils étaient plus épaisses, risquant moins l'étranglement, offrant ainsi plus de résistance aux secousses de toux ou aux vomissements, enfin, après l'adhérence des deux surfaces avivées, les deux vagins latéraux étaient plus rétrécis, la cloison médiane plus épaisse et plus

résistante. Voici déjà un premier point qu'il nous paraît difficile de critiquer, et par ce procédé Eustache obtint une cloison médiane de un centimètre d'épaisseur, résistante, non dépressible et fibreuse.

La seconde modification porta sur les sutures, sur leur nature et leur mode d'application. En effet, avec les sutures au fil d'argent, il fallait sectionner un côté de l'anse au niveau du point d'application, lorsque la réunion était faite et on comprend tout de suite la difficulté qu'on éprouvait pour enlever les points supérieurs, voisins du col utérin. On était donc obligé, dans certains cas, d'attendre la chute spontanée des fils supérieurs par ulcération des tissus, mais cette chute spontanée n'était pas sans offrir quelques inconvénients. D'ailleurs, nous ne saurions mieux faire que de rapporter ce que dit Eustache dans les Archives de toxicologie, de Paris, en 1882.

« La longue durée du séjour des fils métalliques dans le vagin expose à des inflammations de ce conduit, à des sécrétions âcres et irritantes, qui, pénétrant par capillarité dans la ligne de réunion, peuvent empêcher les adhésions cicatricielles sinon en totalité, du moins en partie. La présence des fils est également nuisible pour les parties conservées; l'ulcération qui doit leur donner la liberté, compromet la résistance de la cloison, risque de la détruire par places en la transformant en une série de ponts successifs, sans compter que le processus ulcératif peut aboutir à l'inflammation et à la suppuration de la cloison et entraîner ainsi un insuccès plus ou moins complet. »

C'est pourquoi, Eustache eut l'idée de remplacer les sutures métalliques par des sutures perdues au catgut, qui a l'avantage de se résorber sur place. D'ailleurs, les mêmes réflexions avaient été faites par Panas, à l'occasion des difficultés qu'il avait eues pour enlever ses fils d'argent, difficultés qu'avait également éprouvées Zancarol d'Alexandrie. Cette modification dans la nature des sutures fut d'ail-

leurs admise par Le Fort, dans une séance à la Société de Chirurgie de Paris, en 1882.

Malgré ces quelques améliorations, le cloisonnement du vagin ne fut pas une opération classique et généralement acceptée. Nous essayerons ultérieurement de rechercher les causes de ce peu de faveur dont elle jouit par la suite.

Néanmoins, elle fut encore tentée par des chirurgiens bordelais.

Monsieur le professeur Lancelongue, eut l'occasion de faire un cloisonnement du vagin, chez une malade dont nous rapportons l'observation (observation III), mais, avec quelques modifications. L'avivement ne portait que sur la partie supérieure du vagin, la partie inférieure restant libre, sur une longueur de quelques centimètres; la largeur donnée fut suffisante pour ne pas que le col utérin puisse s'engager dans un des conduits latéraux. D'ailleurs, nous empruntons à la thèse du Docteur Seguinard (Bordeaux 1886-1887) le procédé de l'auteur.

La surface d'avivement a une forme trapézoïdale, la base, située à un centimètre et demi de l'extrémité du col a quatre centimètres de largeur. Le sommet qui a deux centimètres de largeur, est à quatre centimètres de la vulve. Le col, lorsque le prolapsus est réduit et que les deux surfaces avivées sont en contact, repose ainsi sur un plan large et résistant. Il importe que la surface de la base d'avivement soit suffisamment large, mais pas trop. De chaque côté de la cloison se trouve un espace suffisant pour l'écoulement des liquides utérins. Par ce procédé, M. le Professeur Lancelongue guérit sa malade et constata la persistance de la guérison cinq mois après. Cette méthode n'est qu'une copie de la méthode primitive; seules les dimensions des surfaces d'avivement ont été modifiées.

M. le Docteur Dubourg, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux, fut amené lui aussi à faire plusieurs cloisonnements du vagin qu'il fit d'ailleurs presque tous suivre de colpopé-

rinéorrhaphie. Nous rapportons une observation dans laquelle la permanence de la guérison fut constatée un an après l'opération. Chez une autre malade (observation VII), M. Dubourg employa un procédé qui en cloisonnant le vagin avait surtout pour but de maintenir l'utérus, par la formation d'une sangle soutenant le col. Voici d'ailleurs son procédé personnel, décrit dans la thèse d'un de ses élèves le Docteur Bordier (Bordeaux 1893-1894).

On reproduit le prolapsus complet, on taille, sur la muqueuse vaginale qui recouvre la face antérieure et la face postérieure de l'utérus deux lambeaux inégaux, dont l'un, le plus long, a sa charnière voisine du col et son extrémité libre vers le fond de l'utérus; l'autre plus petit, a, au contraire, son bord libre tourné vers le col. On rapproche au catgut les bords qui circonscrivaient le lambeau, autant que faire se peut. On rabat le lambeau le plus long sur la face antérieure de l'utérus, à mesure qu'on opère la réduction. Sa surface lisse sera en contact avec l'extrémité du col qu'elle soutiendra, sa surface avivée viendra se mettre en rapport avec la surface avivée du lambeau plus petit. Il ne restera plus qu'à accoler ces deux surfaces par quelques points au catgut: elles n'auront aucune tendance à s'écarter l'une de l'autre.

Monsieur le Docteur Courtin, a pratiqué lui aussi le cloisonnement. Le six juin 1888, il opéra une femme de soixante-neuf ans (Observation IV) et obtint un excellent résultat. La guérison se maintenait encore un an après. Il a fait un autre cloisonnement par le procédé de Le Fort, mais malheureusement cette intervention est trop récente, pour que nous puissions en tirer une indication précise. Néanmoins, lorsque nous avons vu la malade, pour l'ablation des sutures de la périnéorrhaphie complémentaire, nous avons vu que la plaie vaginale était en excellent état.

M. le professeur agrégé Chavannaz, a pratiqué aussi plusieurs cloisonnements du vagin chez des femmes âgées et par la méthode de Le Fort, modifiée par Eustache. Mais

dans une de ses observations, au lieu de pousser transversalement les fils jusqu'au centre de l'avivement, ce qui est toujours délicat, il a pris simplement les bords de la surface cruentée et il a terminé la suture marginale par une suture en surjet transversale. Dans tous ces cas, il a complété, nous dit-il, le cloisonnement du vagin par la réfection de la fourchette ainsi que l'a préconisé Duplay.

CHAPITRE III

Avantages et inconvénients du cloisonnement du vagin.

L'idée qui a présidé à la conception de cette méthode fut, en plus de la logique qui, pour Le Fort, consiste à diminuer un canal en tous points comparable à un conduit herniaire, sa facilité d'exécution en même temps que son peu de gravité, surtout appliqué aux femmes âgées qui, par le fait de leur âge même et de l'état dans lequel les a mises cette infirmité, sont peu aptes à supporter une opération longue et d'une certaine gravité telle que l'hystérectomie par exemple et à surmonter un shock opératoire relativement considérable. En effet, enlever un utérus qui est entouré de tissus œdématisés, dans lesquels cheminent des vaisseaux d'une certaine importance et dont il sera difficile d'assurer l'hémostase absolue est une grosse chose et, bien que cette opération ait été pratiquée avec succès par Bœckel de Strasbourg chez une femme de quatre-vingts ans (Rapport du congrès de Chirurgie. Paris, 23 octobre 1896), nous ne croyons pas que telle doive être la ligne de conduite des chirurgiens, à moins qu'une tumeur ou une autre affection de la matrice ne vienne leur forcer la main. Il faudra donc, selon nous, s'en tenir à des interventions plus bénignes et, à ce point de vue, le cloisonnement du vagin peut offrir certains avantages.

C'est une opération d'une exécution facile; tous les chi-

rurgiens qui l'ont pratiquée sont unanimes à le reconnaître. En effet, tandis que dans les opérations de Sims ou d'Emmet on agit sur la muqueuse vaginale après réduction du prolapsus, c'est-à-dire dans un tunnel mal éclairé, malgré tout l'écartement qu'on peut obtenir avec des valves, ce qui ne contribue pas peu à rendre l'opération longue, laborieuse, difficile et fatigante, dans le procédé de Le Fort, au contraire, on opère sur la muqueuse prolabée, on voit ce que l'on fait, on n'agit plus aveuglément et on peut très facilement faire une hémostase suffisante pour assurer une coaptation parfaite et une réunion « per primam » des deux surfaces d'avivement.

C'est ensuite une opération qui présente peu de dangers, en suivant bien entendu aussi exactement que possible la technique indiquée par l'auteur en ce qui concerne les surfaces à aviver. Il faut en effet, faire un avivement superficiel, ne pas enlever la totalité de la muqueuse, car, nous savons que dans ces cas de prolapsus génital complet, le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine descend jusqu'au niveau du périnée entre la paroi postérieure du vagin et la face antérieure du rectum. Il faut donc mettre la séreuse péritonéale à l'abri de toute infection que pourrait occasionner une faute dans la technique opératoire et surtout le contact du voisinage d'une cavité naturellement septique en n'intéressant dans l'incision vaginale postérieure que la partie superficielle de la muqueuse. Cette particularité s'applique également à la paroi vaginale antérieure.

Donc facile exécution, rapidité, peu de dangers, voilà déjà trois facteurs qui doivent entrer en ligne de compte pour le chirurgien soucieux de ménager l'existence de ses malades.

Eustache après Le Fort et Faucon a voulu y voir une autre qualité. C'est que la présence des deux conduits latéraux ne gêne pas le coït et pourrait au besoin ne pas empêcher la copulation. Tout d'abord, mentionnons que ces vagins latéraux sont suffisants pour l'écoulement des liquides vagino-utérins; le coït peut au besoin se pratiquer par l'un ou

l'autre des conduits latéraux et on est même allé jusqu'à dire que l'accouchement dans le cas de grossesse ne serait que peu gêné. Nous croyons ne devoir accepter ces données qu'avec de grandes réserves. Evidemment si une grossesse survient chez une femme qui aurait subi avec succès le cloisonnement du vagin, et que, sa grossesse menée à terme, on serait obligé devant l'insuffisance du diamètre de la filière pelvienne de sectionner la cloison cicatricielle, ce serait toujours facile à l'aide du bistouri, du thermo-cautère ou d'une ligature élastique; mais ce serait tout de même fort ennuyeux, surtout pour la parturiente, qui ne manquerait pas de voir par la suite son horrible infirmité se reproduire à nouveau.

Nous croyons que dans ces conditions il est préférable de ne proposer cette intervention qu'à la femme âgée après la ménopause si nous devons fixer une époque quelque peu précise. C'est d'ailleurs l'opinion de Panas (société de chirurgie de Paris, 10 déc. 1879) et de quelques chirurgiens MM. Chavannaz et Courtin pour ne citer que ceux que nous connaissons. Le coit lui-même peut venir porter quelque préjudice au succès de l'opération, surtout s'il est pratiqué impétueusement, trop peu de temps après l'intervention.

Mais ce succès dont nous parlons, existe-t-il et est-il durable? Grosse question, que beaucoup de chirurgiens ont discutée et que la plupart ont résolue par la négative.

On a prétendu tout d'abord que, le cloisonnement fait, l'utérus n'était pas maintenu par un plan, mais bien par une arête, et que, sous l'influence des causes qui avaient une première fois produit le prolapsus, le col, de par son poids, s'engageait dans un des conduits latéraux et, suivant son mouvement de descente, agrandissait la cavité pour se prolaber de nouveau tout en entraînant le vagin cloisonné; l'obstacle n'était pas forcé, mais il était contourné. Ces reproches n'étaient évidemment pas le simple produit de la réflexion, mais résultaient des insuccès opératoires de quelques imitateurs du procédé de Le Fort. En effet, pour ne citer que Faucon et Eustache, chacun de ces deux auteurs vit une récurrence

chez la même malade qui fut opérée une troisième fois avec succès (Voir obs. II). Ces récurrences étaient dues en partie à ce que la largeur de la surface d'avivement n'était pas suffisante, en partie, nous l'admettons pour certains cas, à l'indocilité des malades. La malade d'Eustache fut opérée pour la troisième fois en tenant compte des modifications que ce chirurgien y avait apportées et sa guérison, au point de vue du prolapsus, ne s'était pas démentie vingt mois après l'intervention.

Malgré tout, par ce procédé, ainsi que par tous ceux de cloisonnement pratiqués par d'autres chirurgiens tels que M. le Professeur Lanelongue et M. Dubourg, les auteurs signalèrent des récurrences. Dans l'opération de M. Dubourg en particulier l'obturation de la partie supérieure du vagin par la bride créée en taillant dans la muqueuse vaginale deux lambeaux à charnière qu'on suture ensuite, nous paraît avoir l'avantage de mieux soutenir l'utérus en lui faisant en quelque sorte un lit, mais cette opération doit être forcément complétée par une autre sur le périnée de façon à maintenir, dans les cas de prolapsus complet, toute la partie inférieure de la muqueuse vaginale.

Les récurrences de prolapsus observées même dans des cas de cloisonnement bien fait ne doivent pas faire conclure à l'inefficacité absolue du procédé. Car, nous ne sachions pas qu'il existe actuellement une opération qui soit réellement bonne contre le prolapsus, qui n'ait jamais donné de récurrence et le plus souvent ce n'est que par l'association de plusieurs interventions qu'on peut arriver à un excellent résultat.

Routier a dit que, dans le cloisonnement, il se produisait presque toujours, même dans les cas où la ptose utérine était réduite, une chute de la partie inférieure de la muqueuse des cloisons vésico et recto-vaginales. Cela est vrai, beaucoup d'auteurs sont d'accord sur ce point. Mais de là à conclure que le procédé de Le Fort doit être abandonné comme insuffisant, nous estimons que c'est un peu excessif. En effet

que l'on fasse une hystérectomie, une hystéropexie ou un Alquié- Alexander pour un prolapsus génital, si l'on ne fait pas suivre cette intervention d'une autre portant sur la vulve ou le périnée, on n'aura rien fait contre la cystocèle et la rectocèle. De même dans le procédé de Le Fort on agit sur la matrice et, cela avec le minimum de gravité pour la malade puis un peu, quoique insuffisamment dans la plupart des cas, sur la muqueuse vaginale; cette opération, capable malgré tout dans un cas de ptose utérine simple, au premier degré, de remédier définitivement à cette affection, ne suffira plus dans un cas de prolapsus complet, et c'est dans ces cas-là qu'on a trouvé des récidives. Ainsi, lorsque l'utérus est accompagné, précédé ou suivi dans sa chute des parois vaginales antérieure et postérieure, le cloisonnement sera insuffisant à lui seul pour remédier au prolapsus complet; il faudra le faire suivre d'une opération portant sur la vulve et le périnée et dans ce cas l'opération de choix, suivant les conditions dans lesquelles on se trouve sera la colpoperinéorrhaphie que nous considérons comme une opération capitale, le cloisonnement n'étant que le premier temps d'une intervention plus complète.

Cette dernière opération seule a pu quelquefois remédier au prolapsus vaginal, et c'est nous le répétons la base de toute intervention chirurgicale, bien que dans l'observation de M. Courtin, in thèse Gauja (Observation IV) le cloisonnement seul, sans réfection de la vulve, ait donné un excellent résultat dans un prolapsus avec cystocèle, résultat constaté un an après l'opération.

Routier, au Congrès français de chirurgie, dans la séance du 23 octobre 1896, relate le cas d'une malade qui, opérée d'un cloisonnement du vagin, résorba sa cicatrice. C'est un fait que nous ne nous permettrons pas de discuter, bien que tous les auteurs que nous avons consultés n'aient jamais rien signalé de semblable. Il est possible que, dans quelques rares cas, la cloison s'affaiblisse surtout chez des arthritiques et chez des malades présentant un ralentisse-

ment de la nutrition que Richelot nous dit être prédisposées aux ptôses; mais le plus souvent cette cloison artificielle devient fibreuse, résistante et reste ainsi permanente. L'observation de Zancarol d'Alexandrie en est une preuve, puisque le chirurgien put montrer à la Société de Chirurgie de Paris en 1879 les pièces anatomiques provenant de la dissection d'une femme qu'il avait opérée d'un prolapsus par le cloisonnement vingt-sept mois auparavant et qui était venue mourir dans son service d'une phthisie laryngée et pulmonaire.

D'ailleurs si nous faisons, en ce qui concerne la durée du résultat, un résumé des observations que nous avons pu lire (In thèse André, Paris, 1889) et celles que nous avons réunies dans un autre chapitre, nous voyons que le succès a été vérifié: cinq mois après par Terrillon, pour un cas de prolapsus complet avec déchirure du périnée, il persista cependant, dans ce cas, un léger degré de cystocèle et de rectocèle; deux ans et deux mois (Le Fort) après la troisième opération chez une malade ayant un prolapsus complet, guérison totale: cinq ans et deux mois (Le Fort) après une récidive chez une jeune malade qui accoucha après ce laps de temps, jusqu'alors guérison complète; 14 mois (Le Fort) après la première opération pour prolapsus complet; respectivement 3 mois, 2 ans et 3 mois, 3 ans opération pour prolapsus complet (in thèse Brunet), avec guérison totale chez des malades de 59 ans, 46 ans, et 57 ans. Nos observations, à leur tour, nous accusent des guérisons vérifiées 27 mois après (Zancarol); 20 mois (Eustache); 5 mois (Lanelongue); un an (Courtin); 2 mois seulement (Dubreuil); un an dans un cas. 5 mois dans l'autre (Dubourg); 26 mois dans un cas, 14 dans l'autre (Chavannaz).

Voilà donc quelques points qui viennent ajouter des arguments en faveur de la théorie que nous osons soutenir et qui détruisent l'objection que Desprès fit à Le Fort dans une séance de la Société de Chirurgie de Paris en Février 1877, à

savoir que la date de six semaines donnée par l'auteur dans un cas de guérison de prolapsus par le cloisonnement n'était pas suffisant pour qu'on puisse tirer quelque conclusion de la valeur de ce procédé dans ce temps.

Nous nous proposons de commenter un peu nos observations dans le chapitre où nous les exposons.

CHAPITRE IV

Indication du cloisonnement du vagin

Il résulte de tout ce qui précède, que nous croyons le cloisonnement du vagin encore capable, de nos jours, d'être employé avec succès. Mais, devons-nous le préconiser, dans tous les cas de prolapsus? En un mot, une malade vient à nous, pour nous prier de la débarrasser de cette répugnante infirmité; allons-nous lui proposer d'emblée un cloisonnement du vagin? Ce serait traiter la question à la légère que de répondre aussitôt par l'affirmative et il est possible que l'extension de ce procédé, à tous les cas de prolapsus, chez les femmes jeunes et âgées ait contribué dans une certaine mesure à son abandon. Son application doit avoir des indications tirées de l'âge de la malade et de l'état de prolapsus lui-même. C'est ce que nous allons essayer de déterminer dans ce chapitre.

En principe, nous croyons qu'il ne faut cloisonner le vagin qu'à des femmes âgées, à des femmes dont la vie génitale est terminée. Dans ces cas on n'aura pas à redouter la possibilité d'une grossesse qui viendrait au moment de l'accouchement, nécessiter la destruction de la cloison artificielle et qui serait suivie à brève échéance d'une récidive de prolapsus. Cette perspective, ainsi que l'obligation pour une jeune femme de retourner après chaque accouchement sur la table d'opération, ne manquerait pas de lui déplaire et comme la grossesse modifie suffisamment

l'état mental de la femme; il se pourrait que ce cauchemar d'un retour de prolapsus, fit éclater chez elle une névrose, surtout si c'est une prédisposée.

Donc nous croyons que chez les jeunes femmes, il faudra de préférence s'adresser à une autre intervention, en basant autant que possible ses indications opératoires sur la pathogénie du prolapsus. Il en sera de même également, si la malade est enceinte au moment où elle vient réclamer des soins.

On ne la proposera pas non plus aux malades dont l'état général mauvais ne permettrait pas de supporter une intervention, si minime soit-elle. Dans des cas de maladie constitutionnelle, comme le diabète, par exemple, l'indication opératoire ne se posera pas, au même titre, que toute intervention chez un diabétique; nous croyons, que, dans ces cas, le port d'un pessaire, et au besoin d'une pelote périnéale, avec des soins de propreté minutieux, suffira souvent, sinon pour guérir, du moins pour soulager la malade.

Dans le même ordre d'idées, nous croyons ne devoir pas la conseiller aux femmes atteintes d'affections des voies respiratoires: phtisie, bronchite chronique, emphysème, asthme, car la toux fréquente dans ces maladies chroniques, peut nuire à la cicatrisation de la plaie opératoire et peut ainsi empêcher d'obtenir le résultat cherché, bien que, dans nos observations mêmes, nous voyons que l'intervention de Zancarol et celle de M. le Professeur Lanelongue, pratiquées la première chez une tuberculeuse, la seconde chez une asthmatique, aient été couronnées de succès.

Ne seront également pas susceptibles d'être cloisonnées, les névropathes, épileptiques et hystériques à crises fréquentes, car, les attaques convulsives pourraient encore empêcher la réunion des surfaces cruentées. Nous n'avons malheureusement pas pu trouver d'observation d'opérées dans cette dernière condition: le cloisonnement n'a pas été employé dans ces cas, sa contre-indication est assez nette, pour que les chirurgiens n'y aient pas songé.

Donc, en résumé, nous ne sommes, en aucun cas, partisans du cloisonnement chez une jeune femme à cause de l'éventualité d'une grossesse, nous ne l'admettons qu'avec de grandes réserves chez la femme âgée, atteinte d'affection tussigène, et de psychose à attaques convulsives.

Il est encore des femmes chez lesquelles nous pourrions trouver d'autres contre-indications. Il est évident que si la malade est atteinte d'une tumeur utérine: fibrome ou cancer, il faudra d'abord enlever la tumeur et ici l'hystérectomie s'impose. Et certainement, si, à cette opération l'on ajoute une colporrhaphie, quelquefois, une colpopéринéorrhaphie, presque toujours, on pourra être à peu près assuré du succès définitif en temps que prolapsus. La même réflexion peut se faire au sujet des lésions annexielles concomitantes, il faudra d'abord s'en occuper avant d'entreprendre quoi que ce soit du côté du prolapsus.

Si du côté de l'utérus, on se trouve en présence de lésions inflammatoires, quelle sera, à notre avis, la conduite à tenir? Nous n'y voyons pas de contre-indication au cloisonnement; mais on ne le pratiquera seulement qu'après la disparition des phénomènes congestifs: curettage dans la métrite, amputation du col par le procédé de Schröder, s'il y a hypertrophie. Toutefois, il sera bon, et cela toujours, de fortifier le soutènement périnéal, même s'il n'y a pas de ptose des parois vaginales, car chez la femme âgée, la barrière vulvo-périnéale aura toujours un certain degré d'atonie qui ne fera que s'accroître avec le temps et n'opposerait à la longue qu'une résistance insignifiante au prolapsus génital.

Donc, pour résumer, nous proposerons le cloisonnement du vagin aux femmes âgées, à bon état général, à celles dont les organes génitaux internes sont sains; dans ces conditions, le plus souvent, l'utérus sera petit, aura subi la régression physiologique d'un organe qui n'est plus utile et son prolapsus n'en sera que plus facile à contenir. Dans ces cas, on fera un avivement assez large pour faire une cloison ré-

sistante, descendant aussi près que possible de l'orifice, pour assurer un premier point d'appui à la muqueuse vaginale; on commencera par l'avivement postérieur pour ne pas être gêné par le sang venant de la paroi antérieure et on suturera au catgut. Dans ces cas-là, nous sommes persuadés que l'opération de Le Fort, suivie toujours, et nous insistons sur ce terme, d'une large colpopérinéorrhaphie, sera une excellente opération, capable de donner encore les bons résultats qu'on en a déjà obtenus. Dans ces conditions, l'utérus sera soutenu par un plan à deux étages: le premier, formé par l'accolement des cloisons recto et vésico-vaginales, qui en même temps qu'il contiendra l'utérus, soutiendra en même temps la muqueuse vaginale, le second formé par la barrière vulvo-périnéale qui soutiendra tout l'échafaudage supérieur, et comme la colpopérinéorrhaphie aura amené une striction suffisante de l'orifice vulvaire, le tout n'en sera que mieux soutenu et plus solide.

CHAPITRE V

OBSERVATION I

Zancarol d'Alexandrie.

Prolapsus complet de l'utérus opéré par le procédé du professeur Le Fort.

Guérison. — Société de chirurgie, Paris, 10 décembre 1879.

Femme A. P..., de Chios, âgée de 36 ans, couturière, est entrée à l'hôpital grec d'Alexandrie, le 26 février 1877.

Dans la misère et sans travail depuis quelques années, elle venait réclamer nos soins pour un prolapsus complet de l'utérus qui la rendait très malheureuse, et qu'aucun moyen de contention ne pouvait retenir.

Elle nous dit qu'elle a été et qu'elle est encore très bien réglée, qu'elle a fait trois grossesses, dont la première à l'âge de 23 ans ; que pendant ces trois grossesses elle a fait tout son possible pour provoquer l'avortement, mais sans réussir, de façon qu'elle a toujours accouché à terme. Dans son premier accouchement, il y a treize ans, elle eut une petite déchirure du périnée. Quatre jours après son second accouchement, ayant sauté d'un mètre et demi de hauteur, elle a ressenti comme un poids qui est descendu dans le vagin, et très près de la vulve, elle sentait, par le toucher, une tumeur. Il y a sept ans et demi, pendant qu'elle était à sa troisième grossesse, elle a ressenti, après une fatigue corporelle, une tumeur qui dépassait les grandes lèvres.

vres. Cette tumeur se réduisit facilement par le décubitus dorsal sans jamais ressortir pendant tout le temps qu'a duré la grossesse. Mais après l'accouchement, elle franchissait les grandes lèvres à chaque fatigue corporelle. Cette tumeur n'était autre chose que l'utérus qui se réduisait au début par le seul décubitus horizontal ; plus tard il ne se réduisait que par la pression. Ainsi son prolapsus datait de sept ans et demi et à son entrée à l'hôpital elle présentait l'état suivant :

Une tumeur à forme conique faisait saillie en dehors des grandes lèvres, formée par l'utérus et le vagin. Le périnée était déchiré et si on jugeait par la cicatrice, cette déchirure était de trois centimètres. Le prolapsus se réduisait facilement, mais les moyens ordinaires ne suffisaient pas pour le contenir.

Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale était indispensable pour soulager cette malheureuse. Ainsi, le 6 février 1877, nous avons pratiqué l'opération par le procédé du professeur Le Fort de la manière suivante :

L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, nous avons fait deux avivements, un antérieur, à la paroi vésico-vaginale, l'autre postérieur, à la paroi recto-vaginale. Ces avivements qui n'intéressaient que la muqueuse, étaient de six centimètres de long sur deux de large chaque, dont les extrémités inférieures se rapprochaient assez de la vulve. Les deux surfaces saignantes furent alors adossées et suturées en commençant par le bout supérieur le plus rapproché de l'utérus, en passant le fil métallique de la surface rectale à la surface vésicale et en commençant par trois points de suture, deux aux extrémités et un au milieu. Ceci fait, nous avons poussé un peu l'utérus et plus bas nous avons passé de la même façon deux points de suture. Ainsi au fur et à mesure que nous passions les sutures, nous poussions l'utérus dans le vagin, et à la dernière suture qui était la plus rapprochée de la vulve, l'utérus et le vagin se trouvaient être réduits complètement. Notons que, comme au bout supérieur, le bout inférieur des surfaces saignantes fut réuni par trois points de suture. Ainsi, en tout, nous avons passé douze points de suture : Cinq de chaque côté et deux aux deux extrémités, au milieu.

Le résultat de ces sutures a été que les deux surfaces avivées étant accolées, le vagin se trouvait être divisé en deux trajets et que chacun

de ces trajets pouvait à peine contenir le petit doigt. Ainsi que le recommande son auteur, nous avons pris la précaution de laisser les fils métalliques des sutures assez longs, pour les avoir en dehors de la vulve, pouvoir les tirer après la réunion et les enlever facilement.

Le septième jour après l'opération, cette femme a eu ses règles qui n'ont duré que quelques heures. Le 2 mai, qui était le 27^e jour de l'opération, les fils n'étant pas tombés, nous avons dû les enlever, les uns par traction, les autres par le ciseau. Et ce jour même la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie. La réunion était complète et ni la marche, ni la toux ne produisaient aucune saillie à la vulve. Mais, pour rendre la guérison plus durable, il restait à faire la périnéorrhaphie de la partie qui a été déchirée dans un accouchement antérieur, mais nous avons dû y renoncer, la malade refusant à s'y soumettre.

Sept mois plus tard, ayant revu la malade, nous avons constaté que la guérison persistait toujours, malgré une toux très opiniâtre qu'elle avait. A cette occasion, nous avons insisté auprès d'elle pour la persuader à compléter l'opération par la périnéorrhaphie, d'autant plus que la paroi postérieure du vagin faisait procidence vers la partie déchirée du périnée. La malade ayant cette fois accepté l'opération, nous avons procédé à l'intervention, le 7 novembre de la même année, de la façon suivante : Après avivement des cicatrices, qui nous indiquaient, par leur différence de couleur, à quel point a été déchiré le périnée anciennement, nous avons suturé ces surfaces saignantes par trois points de suture profonds, enchevillés, et quatre points de suture superficiels.

La réunion se fit par première intention ; les sutures profondes furent enlevées le cinquième jour ; les superficielles, le septième. Nous n'avons eu à noter ici que seulement une légère cystite, provoquée par le sondage, trois fois dans les 24 heures, pour évacuer l'urine ; elle a cédé facilement au traitement. La malade a quitté de nouveau l'hôpital le 22 décembre. La cicatrice de la périnéorrhaphie était de 3 centimètres et très solide.

Vingt-sept mois après la première opération cette femme se fait de nouveau recevoir à l'hôpital. Elle venait cette fois-ci pour se soigner d'une tuberculose laryngée très avancée avec cavernes au sommet des poumons. Malgré la toux très persistante dont elle était tourmentée

nuît et jour, la guérison de sa procidence utérine ne se fit pas démentir. Elle nous dit même que pour se procurer le nécessaire elle était obligée de faire de très longues courses, malgré quoi aucune saillie ne se faisait voir à la vulve.

Elle a succombé à l'hôpital le 25 août 1879, au progrès de sa maladie des voies respiratoires. A l'autopsie nous avons pu enlever l'utérus, le vagin et la vulve de cette femme.

Si nous avons tenu à rapporter cette observation bien que, dans ce cas, le cloisonnement ait été pratiqué chez une femme jeune et dont la période génitale était encore loin d'être terminée, raison pour laquelle nous croyons devoir la proscrire, c'est que nous pouvons en tirer quelques points intéressants. Tout d'abord, la persistance de la guérison vingt-sept mois après l'intervention. Les pièces anatomiques, provenant de la dissection de cette femme, morte de tuberculose laryngée et pulmonaire, ont été présentées, fait que nous croyons unique dans les annales médicales, à la Société de Chirurgie de Paris, dans la séance du 3 décembre 1879, et elles ont démontré que la cloison vaginale qui avait bien maintenu l'utérus, malgré le peu de largeur de l'avivement, 2 centimètres, était fibreuse, résistante, et que les conduits latéraux ne se sont pas laissés forcer malgré la toux opiniâtre qu'a présentée cette malade.

Un second point à mettre en évidence, c'est que le périnée, déjà déchiré par un accouchement antérieur, avait livré passage, sept mois après l'opération à la paroi vaginale postérieure: d'où l'obligation pour parfaire le résultat, de compléter la première intervention par une périnéorrhaphie. Toutefois, même sans déchirure du périnée, nous estimons une opération complémentaire au cloisonnement indispensable chez les femmes âgées, en raison de ce fait que les tissus de la partie inférieure du vagin et la vulve présentent une grande laxité et qu'il est bon de faire descendre l'avivement vaginal aussi près que possible de la vulve.

OBSERVATION II

Eustache. In Arch. de tocologie, Paris 1881.

Prolapsus utérin. — Amputation du col au thermo-cautère.

Cloisonnement par le procédé de Le Fort.

Récidive. — Opération modifiée par Eustache. — Guérison.

Cath. Iter., âgée de 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Sainte Eugénie le 4 avril 1880, pour une chute complète de la matrice.

Cette femme a eu deux enfants, l'un à 24, l'autre à 34 ans. Sa maladie date du premier accouchement, qui fut difficile et dû être terminé par le forceps. Quelques mois après, l'utérus descendait jusqu'à la vulve, qu'il entr'ouvrait dans la position debout. Pendant sa seconde grossesse, dix ans après, le prolapsus se réduisit, mais reparut après l'accouchement et ne fit qu'augmenter. Depuis huit ans, la matrice franchit la vulve et pend entre les cuisses ; les pessaires qu'on a essayé, à plusieurs reprises, de lui faire porter, n'ont jamais pu tenir en place.

Il y a quelques jours, la tumeur s'enfla considérablement, devint rouge, douloureuse, irréductible et c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

A ce moment, l'utérus est très volumineux, les parois retournées du vagin qui le recouvrent sont rouges, œdématisées, la réduction est impossible. L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 17 centimètres et demi ; la circonférence des parties mesurées au-dessous de la vulve atteint 21 centimètres. Sous l'influence du repos au lit, le bassin relevé de cataplasmes appliqués sur la tumeur, la diminution du gonflement se fit peu à peu, et le 24 mai on put réduire facilement le prolapsus. A ce moment le cathéter utérin n'accusait plus que 16 centimètres, dont la plus grande partie était due à l'hypertrophie du col.

Mon collègue, M. le docteur Faucon, qui avait à ce moment le service, proposa et pratiqua l'amputation du col avec le thermo-cautère le 28 mai. Cette opération diminua la longueur de la matrice de 5 centimètres sur la lèvre antérieure et de 4 sur la lèvre postérieure. Mais le

prolapsus ne s'en reproduisit pas moins, et, le 15 juillet, M. Faucon pratiquait le cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort. Avant que les fils métalliques ne fussent tombés, la malade quitta l'hôpital où elle ne rentra que fin août. Il existait à cette époque un petit pont cicatriciel entre les deux parois, qui avait maintenu jusque-là les parties en place ; quand, quelques jours après, la malade, ayant fait un effort violent, tout se rompit ; les parties firent issue au dehors comme précédemment.

Je pris le service sur ces entrefaites, et je constatai que cette femme avait un prolapsus complet : l'utérus dans lequel l'hystéromètre s'enfonçait à une profondeur de 12 centimètres pendait en entier hors de la vulve ; le col était légèrement béant et ulcéré sur ses bords ; on voyait sur chacune des parois du vagin la cicatrice de 1 centimètre de large résultant de la première opération du cloisonnement. Une seconde intervention de même nature fut proposée à la malade, qui l'accepta ; elle fut pratiquée le 4 octobre 1880.

Avant de recourir aux modifications précédemment indiquées (1), je voulus tenter une seconde fois l'opération, telle qu'elle avait été conçue et recommandée par M. Le Fort. La malade étant chloroformisée, je refis l'avivement de 1 centimètre de large depuis l'insertion du vagin sur le col jusqu'à l'entrée de la vulve, et je suturai les parois par douze fils métalliques, laissés suffisamment longs pour pendre hors de la vulve, où ils formaient deux faisceaux, l'un droit et l'autre gauche.

Les lavages phéniqués furent pratiqués matin et soir ; la malade fut sondée régulièrement trois fois par jour pendant la première semaine ; enfin la constipation fut obtenue à l'aide du régime et de l'administration des opiacés. Les fils inférieurs se détachèrent au dixième jour ; les autres au seizième. Dès que la malade commença à se lever, le prolapsus tendait à se reproduire, malgré l'existence de la cloison membraneuse qui réunissait les deux parois vaginales ; quinze jours après, celle-ci avait cédé de nouveau, et le prolapsus s'était reproduit comme auparavant.

(1) Voir chapitre 11.

La malade ayant consenti à une troisième opération de cloisonnement, celle-ci fut pratiquée le 24 novembre 1880.

Dès que la chloroformisation fut complète, je décrivis sur la paroi postérieure du vagin un large quadrilatère de 6 centimètres de côté, s'étendant depuis le col jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et je fis ainsi un avivement de 36 centimètres carrés de superficie. Cet avivement fut ainsi long et difficile, surtout au niveau de la ligne cicatricielle des deux premières opérations; l'hémorragie fut abondante et je dus même pratiquer deux ligatures au catgut fin (n° 1) dont les chefs furent coupés au ras du nœud.

Passant de là à la paroi antérieure, je pratiquai un avivement de même étendue en longueur et en largeur.

Après avoir convenablement arrêté l'hémorragie à l'aide d'injections d'eau froide, de tampons d'ouate imbibés d'eau de Pagliari, je procédai au second temps, à la suture.

Celle-ci fut faite à l'aide d'une aiguille de Sims, armée d'un long fil de catgut (n° 2) et montée sur une pince porte-aiguille. Deux premières sutures furent placées au niveau des parties supérieures de l'avivement, le long du bord transversal et passées successivement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure : elles furent serrées aussitôt. Puis furent successivement placées dix sutures latérales, cinq de chaque côté et enfin deux autres sur le bord transversal inférieur : En tout quatorze sutures dont les chefs furent coupés ras.

L'opération avait duré 1 heure 45 minutes, et la chloroformisation continué tout ce temps.

J'eus recours aux mêmes soins consécutifs que précédemment : cathétérisme toutes les 5 heures ; injections phéniquées deux fois par jour ; opium à l'intérieur. La fièvre fut à peu près nulle, et, sauf quelques vomissements pendant les deux premiers jours, la femme ne présenta aucun accident.

Huit jours après, je cessai le cathétérisme et les opiacés ; j'administrai 20 grammes d'huile de ricin, un lavement huileux et j'obtins une selle facile.

La malade fut tenue au lit jusqu'au 6 décembre ; à partir de ce jour elle commença à se lever et reprit peu à peu son genre de vie habituel, balayant la salle, faisant les lits, etc.

Le vingtième jour, je l'examinai et pus constater que rien n'apparaissait à la vulve ; lors des secousses de toux, la vulve se soulève et s'entr'ouvre légèrement, mais rien ne fait saillie au dehors ; si l'on écarte les lèvres et qu'on attire à soi la partie inférieure du vagin, on peut voir, au moment des efforts, la cloison qui relie ensemble les deux parois antérieure et postérieure ; elle est falciforme, d'une épaisseur transversale de 1 centimètre et d'aspect blanc nacré. En introduisant deux doigts dans le vagin, l'un à droite, l'autre à gauche, on note d'abord que les vagins latéraux sont étroits, resserrés, les doigts sont séparés l'un de l'autre par une cloison très résistante, d'une épaisseur de 1 centimètre au moins sur les endroits les moins résistants, plus considérable vers les deux extrémités.

Cette cloison mesure une hauteur de cinq centimètres depuis le col de l'utérus jusqu'à l'entrée du vagin, où elle ne descend toutefois qu'à un centimètre et demi du tubercule. Son rebord supérieur est très nettement falciforme et séparé du col même de l'utérus que le doigt peut refouler légèrement de manière à aller à la rencontre du doigt situé de l'autre côté.

Cet examen a été fait à plusieurs reprises et nous a toujours donné le même résultat ; la femme n'accuse aucune gêne, ni aucune souffrance ; elle peut faire des efforts variés sans que rien ne sorte au dehors. Nous la gardâmes dans nos salles jusqu'au 5 janvier. Elle a repris, depuis, son travail de fileuse sans aucun inconvénient : J'ai eu occasion de la revoir et de l'examiner à plusieurs reprises depuis, la dernière fois (20 juillet 1882) vingt mois après l'opération et les choses sont restées absolument dans le même état.

Cette observation rapportée intégralement est intéressante par l'abondance même de ses détails. Les modifications faites par le chirurgien de Lille au procédé de Le Fort y sont mentionnées avec une clarté trop évidente, pour que nous y insistions au point de vue opératoire, sa nouvelle méthode fait suffisamment voir les inconvénients de l'ancienne et on pourrait au besoin se passer de commentaires. Néanmoins la lecture de cette intervention suscite quelques observations que nous allons exposer.

Un premier point important, c'est la consécration du succès vingt mois après l'opération; Nous croyons cet intervalle suffisant pour considérer la malade comme guérie d'une façon définitive, d'autant plus que cette femme a pu pendant son séjour à l'hôpital vaquer à des travaux pénibles, et que, dès sa sortie, c'est-à-dire un mois et demi environ après sa dernière opération, elle a pu reprendre son métier fatigant de fileuse.

Mais nous avons noté dans son histoire deux insuccès, obtenus. l'un par Faucon, l'autre par Eustache, ayant employé à ces deux reprises le procédé primitif décrit par Le Fort. A quoi sont-ils dus? Le premier se produisit parce que la malade quitta l'hôpital avant la chute des fils métalliques, c'est-à-dire avant que la cicatrisation complète fut obtenue. Néanmoins, à son retour, fin août, un petit pont cicatriciel existait encore entre les deux parois vaginales, maintenant les parties en place, pont qui céda à un effort violent. Donc nous croyons devoir rapporter cet insuccès en partie à l'insuffisance de l'avivement, et surtout à l'indocilité dont fit preuve la malade en quittant l'hôpital trop tôt. La deuxième intervention fut pratiquée deux mois et demi après. Ici, le prolapsus bien qu'ayant tendance à se reproduire, fut maintenu, et ce n'est qu'après avoir rompu la cloison que l'utérus vint paraître à la vulve. Nous devons accuser dans ce cas, le peu de largeur de l'avivement (un centimètre), qui n'assura pas une barrière suffisante pour supporter la pression de l'utérus, pression que venaient augmenter les efforts. Le succès couronna la troisième intervention, et cela sans opération complémentaire.

OBSERVATION III

In thèse Séguinard, (Bordeaux 1886-1887).

Prolapsus utérin complet. Cloisonnement du vagin. Guérison.

Marie M..., cinquante ans, journalière, entre le 7 novembre 1886, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Cette malade est atteinte d'une affection de la matrice, dont le début remonte à cinq ans.

Elle a été réglée à seize ans, a eu 5 grossesses qui se sont passées sans incident, et 5 accouchements normaux bien que rapides.

Elle est asthmatique, a des quintes de toux fréquentes, pénibles et très longues, ce qui a certainement une part dans la pathogénie de son affection. Pas d'autres antécédents morbides.

Jusques il y a cinq ans, elle n'avait rien constaté du côté de la matrice, bien que, depuis son dernier accouchement qui datait de treize ans, elle éprouvât quelques tiraillements dans la région lombaire. C'est à la suite d'un accès d'asthme qu'elle vit, il y a cinq ans, apparaître une tumeur dans le vagin, tumeur qui a graduellement augmenté de volume. Dans la station debout, elle fait complètement hernie et a la grosseur d'une tête de fœtus. La malade éprouve de vives douleurs dans les régions lombaires, ce qui lui rend tout travail impossible.

Aujourd'hui que la malade est couchée, l'orifice vulvaire est écarté par une tumeur globuleuse, sphéroïde, de la grosseur d'une orange ; elle est rosée, blanchâtre, sa surface est traversée par de petites saillies transversales ; elle est légèrement aplatie ; au point culminant, elle est rouge sombre, et on y constate un orifice muni de deux lèvres antérieure et postérieure. Cette tumeur se continue en haut avec la muqueuse qui tapisse la région vulvaire, aussi, voit-on, en voulant la circonscrire, que le vagin n'existe plus.

Le palper nous montre une tumeur fluctuante à sa partie supérieure et antérieure. La partie postérieure est molle : et, prise à pleines

main, elle paraît contenir une partie centrale, longitudinale, très dure, de forme cylindro-conique, à sommet inférieur. Elle remonte jusque dans la cavité pelvienne.

L'orifice urétral apparaît au-dessus et en avant de la tumeur qu'il suffit de presser pour voir l'urine s'écouler en bavant. Pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière (la femme étant dans le décubitus dorsal), on sent alors vers la base de la tumeur le bec de la sonde qui y a pénétré. La vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin. Cependant le premier cathétérisme ne suffit pas pour vider la vessie, car il reste encore de l'urine au-dessus du pubis.

Par le toucher rectal, on constate que le col de l'utérus est très abaissé dans la région périnéale. La réductibilité de la tumeur est complète et facile et ne provoque aucune douleur.

L'hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, donne, à l'entrée de la malade à l'hôpital, treize centimètres, quelques jours plus tard, onze centimètres seulement.

L'exposé de ces différents symptômes nous permet de conclure à un prolapsus complet de la matrice.

Le cloisonnement du vagin est proposé et accepté par la malade.

Le 18 novembre, M. le professeur Lanelongue procède à l'opération. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée sous le spray phéniqué.

La veille elle a pris 15 grammes d'huile de ricin et le matin même de l'opération on lui a administré un léger lavement.

L'anesthésie étant complète, la malade est placée dans la position obstétricale et la tumeur lavée à l'eau phéniquée. Relevée vers le pubis, la tumeur montre d'abord, bien en lumière, à l'opérateur la paroi postérieure du vagin. Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite au bistouri un trapèze dont la base est située à un centimètre et demi du museau de tanche et le sommet à quatre centimètres plus bas du côté de la vulve. La largeur de la base est de quatre centimètres et celle du sommet de deux. L'incision arrive à peine à la face profonde de la muqueuse, et l'aire de ce trapèze est soigneusement disséquée. ,

La même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, c'est-à-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions identiques.

L'écoulement de sang est insignifiant, et dans tous les cas ne peut gêner l'opérateur qui a eu soin de pratiquer l'avivement inférieur le premier. Il en résulte la formation de deux trapèzes cruentés : l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, commençant tous deux à un centimètre et demi du museau de tanche et dans les meilleures conditions pour être accolés l'un à l'autre.

L'accolement est facilement obtenu au moyen de points de suture au catgut, disposés par paires sur les bords de l'avivement et espacés d'un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre.

L'opération terminée, on fait une injection phéniquée dans chacun des conduits latéraux, on met un petit cylindre de gaze iodoformée dans chacun de ces conduits et un tampon à la vulve.

La malade est alors placée au lit dans le décubitus dorsal, les cuisses maintenues demi-fléchies sur le bassin par un coussin placé sous les jarrets ; on lui met une sonde à demeure. La constipation est obtenue par l'administration de cinq centigrammes d'extrait thébaïque, répétés tous les jours.

Le lendemain et les jours suivants, la température reste à peu près normale. Le septième jour, on enlève la sonde et les tampons de gaze iodoformée, on administre un léger purgatif à l'huile de ricin.

Vers le douzième jour, la malade se plaint de vives douleurs du côté de la vessie. On observe une légère élévation de la température dans le flanc droit ; les urines sont épaisses et contiennent un dépôt muco-purulent abondant, ce qui indique clairement qu'on a affaire à une cystite et pyélo-néphrite dues sans doute à la sonde à demeure et à une légère cystocèle persistante. La malade est soumise au régime lacté et on fait deux fois par jour des lavages à l'eau boriquée. Ce n'est qu'après un mois de ce traitement qu'on obtient la disparition de ces accidents.

La malade commence alors seulement à se lever. Son examen pratiqué à ce moment, permet de constater l'existence d'une cloison épaisse et résistante. De chaque côté de la cloison est un conduit qui va en se rétrécissant et qui permet l'introduction de l'extrémité de l'index qu'on

peut même recourber en arrière de la nouvelle cloison sans entraîner l'utérus. La vessie forme une légère cystocèle qui ne gêne en rien la malade qui peut marcher et stationner longtemps debout sans éprouver la moindre gêne ou fatigue et sans que l'utérus menace de faire saillie.

Cinq mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison se maintient absolument parfaite.

Cette observation, aussi intéressante que la précédente, nous permet de mettre plusieurs points en relief. La technique opératoire, les soins à donner à la malade y sont indiqués avec suffisamment de détails, pour qu'il soit inutile d'insister de nouveau. Cependant cette méthode est encore une preuve des bons résultats que l'on peut arriver à obtenir par le cloisonnement du vagin. Dans ce cas particulier, la largeur de l'avivement plus grande, tout au moins dans la partie supérieure à celle donnée par Le Fort, a suffi pour assurer un point d'appui solide, à l'utérus, puisque cinq mois après l'intervention, le prolapsus ne s'était pas reproduit.

Le succès, toutefois, n'était pas complet: il persistait un léger degré de cystocèle, sans inconvénient pour la malade, et que nous devons rapporter soit à l'insuffisance de la largeur du trapèze à son sommet, soit à la béance de la vulve, et que dans ce cas on aurait pu l'éviter par une opération complémentaire: conclusion à laquelle nous arrivons dans le travail que nous présentons aujourd'hui.

Cette malade a eu ensuite de la cystite et de la pyélo-néphrite dues probablement nous dit M. le Professeur Lanelongue, à la légère cystocèle persistante et surtout à la sonde à demeure. La première de ces causes aurait pu être évitée, nous venons de le dire; quant à la sonde à demeure, on devra s'en abstenir, elle n'est pas indispensable, mais il faudra surveiller la malade de près et la sonder, avec toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie, chaque fois qu'elle manifesterait le besoin d'uriner.

OBSERVATION IV

In thèse Gauja, Bordeaux 1888-1889.

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Cloisonnement du vagin. — Guérison.

P..., hospice Pellegrin, pavillon des vieillards. Cette femme est âgée de soixante-neuf ans. Elle a eu un enfant, son accouchement a été normal; depuis pas d'autre grossesse. En 1880, en soulevant un quartier de viande de boucherie, elle éleva les bras et sentit quelque chose qui tombait au niveau des parties génitales. Depuis cette époque, un prolapsus utérin complet a existé chez elle. Elle entra en 1885 à l'hôpital St-André, dans le service de M. Dudon, qui lui pratiqua le cloisonnement vaginal. Quelques jours après cette opération, elle voulut uriner au milieu de la nuit, mais l'infirmière ne venant pas à son aide, elle se souleva sur son lit, les sutures se rompirent et, par suite de cette imprudence, le résultat de cette première opération fut absolument nul.

Au moment où je l'examinai (20 mai 1888), l'utérus est absolument prolabé, la cystocèle est complète et pour arriver avec la sonde dans le réservoir vésical, il faut la faire basculer en bas, on la retrouve sur la partie antérieure et inférieure du prolapsus. Pas de rectocèle.

L'opération a eu lieu le 6 juin 1888. Purgatif la veille, lavement le matin même de l'opération. Sous le chloroforme, je pratique l'avivement à la partie inférieure et supérieure du prolapsus sur une surface quadrilatère de cinq centimètres environ. Je réduis le prolapsus, les surfaces avivées viennent au contact l'une de l'autre, et je place cinq points de suture au fil d'argent à leur partie antérieure.

Par le cathétérisme, je vide immédiatement la vessie d'où je retire une urine claire et abondante. Je place un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. La malade repose dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses au moyen de coussins placés sous les creux poplités, le tronc et la tête en contre-bas.

7 juin. — M. Baudet, interne du service, a sondé deux fois la malade :

pas d'élévation de température, les vomissements chloroformiques ont cessé ; je change le tampon de gaze iodoformée, après avoir fait un lavage du vagin à l'eau phéniquée.

8, 9, 10 juin. — On fait tous les jours des lavages antiseptiques dans le vagin, on change le tampon de gaze iodoformée ; pas d'élévation de température, pas de douleur locale.

14 juin. — Léger purgatif. Tout est en parfait état.

20 juin. — Quinze jours après l'opération, j'enlève les points de suture, la réunion est faite dans toute l'étendue, la malade est cependant maintenue au lit.

27 juin. — Je l'examine par le toucher et je trouve une cloison cicatricielle complète ; je lui permets de se lever et de marcher dans la salle.

4 juillet. — Je l'examine à nouveau, le vagin est absolument adhérent et cicatrisé dans toute l'étendue avivée. Sur les parties latérales qui correspondent aux parties non avivées du vagin, je rencontre deux canaux, dans lesquels j'introduis deux sondes de femme, qui progressent en arrière sans difficulté jusqu'à l'utérus.

1^{er} août. — J'examine à nouveau la malade dans son lit et debout, lorsqu'elle ne fait aucun effort dans ces deux situations ; rien de saillant ne se présente à la vulve. C'est en l'invitant à pousser énergiquement que l'on voit affleurer la cicatrice vaginale à la vulve.

A la date du 10 août, la malade a fait deux ou trois kilomètres à pied, sans qu'il en résulte un accident.

Le 12 juin 1889, un an après l'opération, j'ai examiné de nouveau la malade en présence de MM. Sabrazès et Gauja et j'ai pu constater avec eux que, debout ou dans son lit, lorsque cette femme ne faisait aucun effort, rien d'apparent n'existait à la vulve ; qu'en l'invitant à pousser énergiquement, on voyait la cicatrice linéaire affleurer au niveau des parties, sans jamais les dépasser. Sur les parties latérales de la cicatrice existaient les deux conduits signalés plus haut, dans lesquels pouvaient pénétrer deux sondes cannelées qui se rejoignaient à trois centimètres en arrière de la cicatrice, au-devant du col utérin. Cette malade marche continuellement dans l'hospice, en sort de temps en temps pour faire d'assez longues courses et, malgré cela, l'utérus est maintenu en place et le cloisonnement vaginal a donné dans ce cas particulier un excellent résultat.

Chez cette malade on note un premier insuccès dû à un effort violent que fit l'opérée trop peu de temps après l'intervention; nous n'avons pu savoir, et c'eût été intéressant, quelle fut la technique suivie par M. le docteur Dudon. La deuxième opération faite avec un large avivement fut suffisante pour guérir le prolapsus et la cystocèle, les sutures ont été faites au fil d'argent, assez facilement enlevées; mais nous savons que M. le docteur Courtin a accepté la modification avantageuse apportée par Eustache en ce qui concerne la nature des sutures et dans le cas de prolapsus qu'il a opéré tout récemment par cloisonnement il s'est, en effet, servi de catgut.

OBSERVATION V

Dubruel, In *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd.*, Montpellier, 1891.

Prolapsus complet. — Cloisonnement du vagin. — Guérison ?

Le 19 février 1891, nous recevions dans la salle J.-L. Petit, une femme âgée de quarante-six ans, dont voici l'histoire en quelques mots : elle a eu trois accouchements normaux, le troisième il y a sept ans. Les règles se sont arrêtées vers la fin de l'année dernière.

Trois ans avant son entrée à l'Hôpital, la malade qui depuis quelque temps avait des pertes blanches, s'aperçut que chaque fois qu'elle faisait un effort, une tumeur apparaissait entre ses grandes lèvres. L'apparition de la tumeur était accompagnée de douleurs pendant la miction, douleurs qui n'ont pas tardé à disparaître. Actuellement le col violacé et volumineux fait constamment saillie à la vulve; on le réduit facilement, mais il ne tarde pas à ressortir, même quand la femme est couchée. Il existe une cystocèle et une rectocèle très prononcées. La mensuration de la cavité utérine accuse une longueur de 10 centimètres; l'augmentation de longueur est certainement due pour la majeure partie à l'hypertrophie du col.

L'état général n'est pas très satisfaisant; l'estomac supporte diffici-

lement les aliments, il y a des vomissements fréquents. La malade est mise au régime lacté.

Considérant les troubles gastriques comme liés à l'hystéroptose, j'y trouvai une indication de plus pour une intervention chirurgicale, et, entre toutes les opérations proposées pour la chute de l'utérus, je choisis celle de Le Fort.

L'hystéropexie me paraît une opération trop grave pour qu'on l'emploie quand on peut obtenir le résultat désiré sans y recourir ; l'opération d'Alquié-Alexander est, je crois, beaucoup plus efficace contre les déplacements en arrière de l'utérus que contre les chutes. Je laissai également de côté tous les procédés de colpopérinéorrhaphie ; le cloisonnement me présentait l'avantage de remédier du même coup à l'hystéroptose et à la cystocèle. La femme n'étant plus réglée, je n'avais pas à me préoccuper de la possibilité d'un accouchement ultérieur.

Je ne crus pas devoir pratiquer la résection du col ; l'hypertrophie ne semblait pas assez considérable pour nécessiter cette opération.

Le 25 février, la vulve et le vagin ayant été préalablement soigneusement lavés au sublimé, la patiente, étant placée dans le décubitus dorso-lombaire, sur le lit de Guérinde, fut anesthésiée. Je réduisis l'utérus et je commençai par pratiquer sur les parois vaginales antérieure et postérieure, au point où commençait leur contact près de la vulve, une incision transversale de deux centimètres de long. Ces deux incisions antérieure et postérieure représentaient les côtés inférieurs des rectangles allongés dans le sens de l'axe vaginal au niveau desquels la muqueuse vaginale devait être superficiellement excisée. Les premières incisions, comme celles qui les suivirent furent donc superficielles.

J'amenai ensuite le col à l'extérieur et je le saisis avec une pince de Museux que je confiai à un aide. A un centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure du col, je répétai sur les deux parois vaginales l'incision transversale que j'avais pratiquée à la partie inférieure. Je pratiquai ensuite les incisions longitudinales destinées à marquer les côtés latéraux des rectangles dans l'aire desquels j'avivai légèrement la muqueuse à l'aide des pinces à griffe et du bistouri que je remplaçai chemin faisant par des ciseaux courbes d'ophtalmologie. J'obtins ainsi sur la paroi antérieure et postérieure du vagin deux surfaces de cruen-

tation allongées dans le sens de l'axe vaginal et se correspondant exactement.

L'avivement pratiqué, je fis un lavage au sublimé et lorsque l'hémostase fut complète, je suturai l'une à l'autre les parois vaginales dans toute l'étendue de l'avivement.

Au lieu d'employer les fils d'argent assez difficiles à retirer, je me servis de catgut, qui a été employé avec succès par Eustache. Je passai les fils avec une aiguille d'Hagedorn fixée à l'aide d'une pince de Pozzi. Je procédai selon la règle en commençant du côté supérieur ou utérin, et en plaçant successivement de haut en bas une série de fils.

La première fut appliquée à gauche de la malade. J'enfonçai l'aiguille transversalement à un demi-centimètre du bord longitudinal de la surface d'avivement postérieur. L'aiguille après avoir cheminé dans l'épaisseur des tissus, vint ressortir tout près de la ligne médiane et parcourut le même chemin en sens inverse sur la paroi antérieure. Les deux chefs de file furent maintenus avec des pinces à pression. Je plaçai ensuite de même façon et à même hauteur un point de suture du côté droit avec cette seule différence que pour plus de facilité je commençai par la paroi antérieure. Je nouai alors entre eux les chefs des points de suture gauche et j'en fis autant pour le droit.

Je plaçai successivement quatre points de suture. L'utérus se réduisit à mesure que je les serrai. La partie inférieure de la surface d'avivement postérieur, se trouvant dépasser de près d'un centimètre la surface correspondante de l'avivement antérieur, je rapprochai les bords latéraux de la partie excédente à l'aide de deux points de suture entrecoupés au catgut.

Les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, la malade fut sondée et prit de l'opium; la vulve était recouverte avec de la gaze iodoformée. Le 11 mars, la malade se lève pour la première fois et depuis, s'est levée tous les jours.

Un examen pratiqué le 18 avril (50 jours environ après l'opération) m'a montré que les parois vaginales étaient exactement soudées au niveau des parties avivées et suturées et que la contention de l'utérus ne laissait rien à désirer.

Enfin je dirai que les fonctions digestives se sont rétablies,

Si nous avons rapporté cette observation bien que cette malade ait été perdue de vue un mois et demi après son opération, c'est que l'auteur y expose les raisons pour lesquelles il a pratiqué le cloisonnement, raisons qui concordent en tous points avec les idées que nous avons émises. Nous aurions été heureux d'avoir des renseignements sur les suites éloignées de cette intervention et nous ajouterons même qu'une récurrence, sinon du prolapsus utérin complet, tout au moins de la chute de la partie inférieure des parois vaginales ne nous aurait nullement surpris, parce que dans ce cas nous croyons que, malgré ce qu'en dit Dubrueil, l'amputation du col aurait allégé dans une certaine mesure le travail de soutien d'une barrière que nous considérons comme insuffisamment large pour soutenir les parois vaginales inférieures.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le Dr Dubourg. In thèse Bordier. Bordeaux, 1893-1894.

Prolapsus presque complet. — Cystocèle. — Rectocèle.

Cloisonnement du vagin. — Colpopérinéorrhaphie. — Alexander. — Guérison.

Magdeleine P..., quarante ans, entrée le 4 avril 1892, à l'hôpital St-André, dans le service de M. le Dr Dubourg, pour prolapsus utérin.

Pas de grossesse. Exerce un métier pénible. Il y a cinq mois, à la suite d'un effort, la malade eut un début de prolapsus. Elle ne fit rien pour y remédier, continua à travailler et le prolapsus s'accrut de plus en plus.

A son entrée le col de l'utérus est hors de la vulve, s'accompagne de rectocèle et de cystocèle. Métrite légère.

16 avril 1892. — Curetage. Deux lambeaux de muqueuse de trois centimètres de côté environ sont taillés sur les faces antérieure et postérieure du vagin prolapsé et les surfaces avivées mises en contact

et suturées (Opération de Le Fort). Puis colpopérinéorrhaphie. Enfin, Alexander ; mais les ligaments ronds sont dissociés et peu résistants, aussi n'obtient-on pas de cette opération les résultats attendus.

30 avril. — Le succès de l'opération n'est pas complet ; on s'était contenté d'une surface d'avivement très petite pour la colpopérinéorrhaphie, aussi fait-on, pour retenir l'utérus, une nouvelle colpopérinéorrhaphie à surface d'avivement plus considérable.

12 mai. — La guérison est complète, le périnée est solide. Le cloisonnement par le procédé de Le Fort a très bien tenu et l'utérus lui-même est très maintenu ; plus de cystocèle, ni de rectocèle au moment des efforts.

Un an après, la malade a été revue, le succès ne s'est pas démenti.

OBSERVATION VII

**Prolapsus complet de l'utérus. — Cystocèle. — Rectocèle.
Hernie inguinale gauche. — Cloisonnement du vagin. — Colpopé-
rinéorrhaphie. — Guérison.**

Madame X..., soixante-douze ans, entrée à l'hôpital Saint-André, salle 1^{bis}, dans le service de M. le Dr Dubourg, en Février 1894, pour prolapsus complet de l'utérus. Cette dame est syphilitique ; elle possède d'énormes exostoses du tibia, ainsi que des ulcérations tertiaires aux deux jambes ; elle a été soignée par M. le Prof. Arnozan pour sa syphilis. Elle a eu quatre enfants, le dernier accouchement remonte à trente-deux ans.

A son entrée, on constata l'utérus œdématisé et pendant entre les cuisses ; il existait une ulcération du col.

L'utérus paraissait néanmoins petit, comme celui d'une femme de cet âge, le lendemain, après avoir été maintenu réduit pendant la nuit. La réduction avait été assez difficile en raison de l'œdème. Rectocèle et cystocèle étaient des plus manifestes. La vulve était béante, le périnée avait été déchiré autrefois. Il était de dimensions minimales et fort peu résistant.

Le début du prolapsus datait de quatre ans, le prolapsus total n'existait que depuis deux mois. Ajoutons que la malade présentait depuis plus de vingt ans une hernie inguinale gauche assez volumineuse qui venait faire bomber la grosse lèvre du même côté, hernie facilement réductible et dont l'anneau était grand ouvert, hernie enfin qui n'avait jamais été maintenue par un bandage.

La peau de l'abdomen, des cuisses, du périnée et du reste du corps, pourrait-on ajouter, était flasque, plissée, ridée, dépourvue de tissu adipeux à sa profondeur.

L'état général était fort déprimé; la malade avait dû garder le lit depuis que le prolapsus avait été complet, elle urinait mal, était constipée, avait des douleurs dans les reins; elle avait essayé plusieurs fois de faire rentrer en place son utérus, d'abord elle y avait réussi, mais, au moindre effort, il paraissait de nouveau entre les jambes, il était survenu de l'infiltration œdémateuse de l'organe et la réduction n'avait plus pu s'effectuer entre les mains de Madame X...

Repos au lit, réduction faite et maintenue au moyen de tampons, soins de propreté en même temps qu'iodure de potassium à l'intérieur pour lutter contre les accidents spécifiques, voilà ce qui fut fait pendant une quinzaine de jours.

Un examen minutieux de la malade permit ensuite de constater l'intégrité des annexes et l'absence de tumeur fibreuse ou épithéliale dans le corps de l'utérus.

Malgré l'âge de la malade (72 ans), M. Dubourg ne se décida pas à une hystérectomie vaginale, attendu que cette opération eut été forcément incomplète en raison de l'état de la vulve, du périnée, de la rectocèle, de la cystocèle et qu'une colpopérinéorrhaphie eut dû suivre de toute nécessité l'hystérectomie. Il chercha à amener sans hystérectomie le maintien de la réduction de la matrice : Il y réussit pleinement en procédant de la façon suivante :

Après chloroformisation, M. Dubourg fait un curettage pour amener une décongestion complète de l'utérus, puis après l'avoir attiré hors de la vulve, il dissèque aux dépens de la muqueuse du vagin sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus prolabé deux lambeaux, deux valves : de trois centimètres et demi de longueur sur trois centimètres de largeur environ pour la postérieure dont la charnière se

trouve à la limite de l'insertion vaginale du col ; de deux centimètres de longueur sur trois de largeur pour l'antérieure dont la charnière se trouve au contraire du côté du fond de l'utérus. A mesure qu'on réduit l'utérus, la valve postérieure se détache mieux, se renverse ; la face avivée va se mettre en rapport avec la face avivée de la valve antérieure qu'il suffit de soulever. Les deux surfaces cruentées se trouvent en contact ; avant de les unir en faufilant, M. Dubourg rapproche au catgut, en arrière d'abord, en avant ensuite, les deux bords des incisions latérales qui ont circonscrit les deux valves.

Ainsi se trouve accompli le premier temps de l'opération : Colporrhaphie antérieure et postérieure, création d'une sangle destinée à soutenir l'utérus. Dans un deuxième temps, exécuté immédiatement après, M. Dubourg fait une colpopérinéorrhaphie à sa base postérieure. Il a bien soin, en rapprochant les deux côtés du triangle isocèle créé par l'avivement, ou plutôt par l'ablation de la muqueuse, de prendre la colonne postérieure du vagin, afin de former une nouvelle colonne solide et fixe ; il y arrive facilement et rapidement au moyen de ses aiguilles courbes.

Les suites opératoires ont été excellentes : Quinze jours après son entrée la bride vaginale était solide, le périnée cicatrisé, l'utérus bien maintenu. Il n'y avait plus ni cystocèle, ni rectocèle au moment des efforts. La malade quittait l'hôpital et depuis plus de cinq mois la guérison ne s'est pas démentie. Inutile d'ajouter que la hernie inguinale persiste toujours, on n'a rien fait contre elle.

La lecture de ces deux intéressantes observations nous suscite quelques réflexions. Dans sa première intervention, M. le docteur Dubourg agit sur le vagin et sur l'utérus : il emploie le cloisonnement par le procédé de Le Fort, mais le fait suivre d'une colpopérinéorrhaphie bien que le périnée ne soit pas déchiré et que la malade soit relativement jeune ! Il a voulu ensuite s'occuper de l'utérus et faire aussi un Alquié-Alexander, mais il trouva des ligaments ronds dissociés, peu résistants, et cette intervention n'eut aucun résultat. Néanmoins, les opérations sur le vagin et le périnée assurèrent un succès constaté un an après.

Dans la deuxième opération, il se servit d'un procédé imaginé par lui: Au lieu d'accoler les parois antérieure et postérieure du vagin directement après les avoir avivées, il fit deux lambeaux à charnière qu'il sutura ensuite. Mais cette opération ne diminuant pas le calibre du diamètre vaginal, il accola par quelques points au catgut les bords latéraux des incisions par lesquelles il avait fait ses valves (Colporrhaphie antérieure et postérieure). C'est encore un cloisonnement qu'il fit suivre d'une colpopérinéorrhaphie. Succès opératoire confirmé cinq mois après.

OBSERVATION VIII

Chavannaz. *In Gazette hebd. des Sciences Méd.*, Bordeaux (1897).

V..., 70 ans, marchande à la loterie, n'a jamais été malade, a eu cinq enfants, en a nourri neuf.

Les accouchements ont été normaux, mais la femme V... s'est toujours levée le sixième jour après ses accouchements. Depuis l'âge de 56 ans la malade a son utérus pendant entre les cuisses; elle n'a pas de douleurs, mais elle éprouve une grande gêne pour la marche et c'est précisément cette gêne qui la décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen nous notons un bon état général; à remarquer cependant que la femme V... est extrêmement grasse.

L'utérus, peu volumineux, fait entièrement saillie hors de la vulve, le col est légèrement ulcéré, mais cette ulcération est nettement d'ordre mécanique. Cet utérus est très facilement réductible, toutefois, il reprend sa position vicieuse dès que la main cesse de le maintenir en son ancienne situation.

Pas de troubles de la miction, ni de la défécation.

Le 30 janvier 1895, nous pratiquons le cloisonnement du vagin. La réunion se fait par première intention et, le 16 février, la malade quitte l'hôpital; elle ne souffre pas et son utérus est en bonne position.

V... a été revue en avril 1897 soit vingt-six mois après l'opération,

elle est en parfait état et ne souffre en aucune manière ; quand elle s'accroupit elle sent seulement qu'elle a, suivant son expression, « quelque chose de cousu ».

OBSERVATION IX

Chavannaz. Ibid.

Prolapsus utérin complet. Cloisonnement du vagin. Guérison.

B..., 65 ans, ménagère, n'a jamais été malade, sauf une variole et un érysipèle à répétition. Elle a été réglée pour la première fois à onze ans et la ménopause s'est établie à quarante ans.

Cette femme a eu deux grossesses : l'une à 29 ans, l'autre deux ans plus tard.

Pour chacun de ces accouchements elle est restée huit jours au lit. C'est environ une quarantaine de jours après son dernier accouchement que la femme B... constata qu'une petite grosseur faisait saillie en dehors de sa vulve ; cette saillie a augmenté peu à peu, et quatre ans plus tard, l'utérus tout entier pendait entre les cuisses de la malade.

Ce prolapsus utérin n'a été pendant longtemps qu'une cause de gêne pour la marche, toutefois il existait une sensation de pesanteur à la région lombaire. Dans ces derniers mois les linges dont la malade recouvre son utérus sont constamment souillés par quelques gouttes de sang. De plus les mictions sont très fréquentes ; dans la station debout la malade est obligée d'uriner toutes les dix minutes et elle souffre si elle résiste au besoin d'uriner. Dans le décubitus dorsal, les besoins d'uriner diminuent beaucoup de fréquence et c'est ainsi que dans la nuit la malade n'urine que deux ou trois fois. Pas de troubles de la défécation.

B... étant dans la position du spéculum, on voit un utérus sortant de la vulve et ayant entraîné avec lui les parois vaginales.

L'utérus est facilement réductible, mais, au moindre effort, il reprend sa position vicieuse.

Le col est un peu volumineux, ulcéré par places et entre ses lèvres font saillie trois ou quatre petites tumeurs polypeuses.

La cavité utérine mesure 11 centimètres $1/4$.

La femme B... a un bon état général, mais comme la précédente, elle est extrêmement grasse.

Le 12 février 1896 nous pratiquons le curettage de l'utérus et l'ablation des petits polypes du col, puis nous faisons le cloisonnement du vagin. La réunion se fait par première intention et le 10 mars la malade quitte l'hôpital.

B... a été revue en 1897, quatorze mois après son opération. Elle est en parfait état, ne souffre pas, n'a pas de pertes ; la miction est aujourd'hui parfaitement normale.

Nous n'avons que peu de chose à dire sur ces deux observations. Dans les deux cas, M. le professeur Chavannaz a eu la sage prudence de terminer l'opération par une réfection de la fourchette, afin de se mettre à l'abri d'une ptose de la partie inférieure des parois vaginales antérieure et postérieure. C'est ce que nous croyons devoir admettre, si l'on veut pratiquer le cloisonnement.

CONCLUSIONS

Le cloisonnement du vagin peut encore rendre quelques services dans le traitement des prolapsus génitaux, mais il ne doit s'employer que dans certaines conditions :

1^o Chez des femmes âgées, celles chez qui on n'aura pas à envisager la possibilité d'une grossesse.

2^o On ne l'emploiera que s'il n'y a pas de contre-indication : état général mauvais, affection tussigène, névrose, lésion utérine néoplasique ou annexielle.

3^o Il faudra toujours le faire suivre d'une intervention sur la vulve ou le périnée, autant pour prévenir la cystocèle et la rectocèle, si fréquentes chez les femmes âgées, que pour empêcher leur récurrence s'il y avait prolapsus génital complet.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
LANELONGUE

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 25 juin 1907.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ M. — Thèse, Paris 1889.
- BAUM. — *Archives für Gynæk.* Berlin 1902.
- BERTIN FANNY. — *American Journal of Obstetric.* New-York 1881.
- BERRUT. — *Congrès français de chirurgie*, Paris 1896.
- BILHAUT. — Ibid.
- BOECKEL. — Ibid.
- BORDIER. — Thèse de Bordeaux, 1893-1894.
- BOUILLY. — *Congrès français de chirurgie*, Paris 1896.
- BOURSIER. — Ibid.
- BRUNET. — Thèse de Paris, 1882-1883.
- CHAPUT. — (Voir Duplay).
- CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux 1897.
- DUBOIS. — *Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie*, Bruxelles 1885.
- DUBRUEIL. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*. Montpellier 1891.
- DUPLAY ET CHAPUT. — *Archives générales de médecine*. Juin juillet 1889.
- EUSTACHE. — *Archives de tocologie*. Paris 1882.
- FAUCON. — Ibid. 1881.
- LE FORT. — *Bulletin de la société de chirurgie*. Paris 1877.
- HICQUET. — Ibid. 1879.
- HUE. — *Annales de gynécologie*. Paris 1882.
- JACOBS. — *Congrès français de chirurgie*. Paris 1896.
- JANIN. — *Revue médicale, chirurgicale des maladies des femmes*. Paris 1883.
- LACAZE. — Thèse de Paris, 1890-1891.
- LAMAND. — Thèse de Lille, 1894-1895.
- PANAS. — *Bulletin de la société de chirurgie*, Paris 1879.
- PARISOT. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy 1895.

- PETIT. — *Gazette de gynécologie*, Paris 1897.
PICHEVIN. — *Semaine gynécologique*, Paris 1903.
REYNIER. — *Congrès français de chirurgie*, Paris 1896.
RICHELOT. — *Ibid.*
ROUTIER. — *Ibid.*
SEGOND. — *Gazette des hôpitaux*, Paris 1889.
SEGUINARD. — *Thèse de Bordeaux*, 1886-1887.
VATON. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux 1890.
VILETTE. — *Bulletin médical du Nord*, Lille 1891.
ZANCAROL. — *Bulletin de la société de chirurgie*, Paris 1879.
-

